



University of Groningen

## Cognitieve therapie en gedragstherapie bij depressie

Boelens, Willem

**IMPORTANT NOTE:** You are advised to consult the publisher's version (publisher's PDF) if you wish to cite from it. Please check the document version below.

### *Document Version*

Publisher's PDF, also known as Version of record

### *Publication date:*

1990

[Link to publication in University of Groningen/UMCG research database](#)

### *Citation for published version (APA):*

Boelens, W. (1990). Cognitieve therapie en gedragstherapie bij depressie: een evaluatieonderzoek. Groningen: s.n.

### **Copyright**

Other than for strictly personal use, it is not permitted to download or to forward/distribute the text or part of it without the consent of the author(s) and/or copyright holder(s), unless the work is under an open content license (like Creative Commons).

### **Take-down policy**

If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

Downloaded from the University of Groningen/UMCG research database (Pure): <http://www.rug.nl/research/portal>. For technical reasons the number of authors shown on this cover page is limited to 10 maximum.

## SAMENVATTING

In *hoofdstuk 1* werd de diagnostiek van depressie besproken. Geconcludeerd werd dat de huidige diagnostische systemen, te beginnen met de RDC van Spitzer *et al.* (1978), en gevolgd door DSM-III (-R) (APA, 1980, 1987) een scheidslijn markeren met de systemen die daarvoor gangbaar waren. Depressie wordt in deze nieuwere systemen op syndromale wijze gedefinieerd. Het betrouwbaarheidsonderzoek voorafgaand aan de RDC en DSM-III(-R) liet bemoedigende resultaten zien. Voorts werden in hoofdstuk 1 een vier-tal psychologische theorieën over depressie meer of minder uitvoerig besproken: de psycho-analytische opvatting, het learned helplessness model, de operante visie op depressie en het cognitieve model van depressie.

In *hoofdstuk 2* werd een kritisch overzicht van het evaluatie-onderzoek naar de effecten van cognitieve therapie en gedragstherapie bij depressie gegeven. De conclusie luidde dat er met name voor de cognitieve therapie duidelijke aanwijzingen zijn voor effectiviteit. Dit gold zowel op korte termijn als op een langere termijn van één jaar. Een andere conclusie was dat er te weinig aandacht was besteed aan de precieze afbakening van de begrippen 'cognitieve therapie' en 'gedragstherapie'. Het huidige onderzoek had als vraagstelling het bepalen van de effectiviteit van deze in zo zuiver mogelijke vorm aangeboden behandelingen.

In *hoofdstuk 3* werd de inhoud van de beide behandelingen - de cognitieve therapie volgens de richtlijnen van Beck *et al.* (1979) en de gedragstherapie volgens de richtlijnen van Lewinsohn (1974,1975) en Bellack *et al.* (1980) - beschreven. Daarbij werd er bij het opstellen van het behandelprotocol van cognitieve therapie strikt op toegezien dat gedragsmatige oefeningen geen onderdeel van de therapie uitmaakten. Evenzo werd er bij de gedragstherapie op toegezien dat hier geen cognitieve procedures zouden plaatsvinden.

In *hoofdstuk 4* werd het eigenlijke onderzoek besproken. Patiënten ( $n=85$ ) die voldeden aan de RDC voor depressie met een BDI-score hoger dan of gelijk aan 16 werden in vier behandelingscondities met elkaar vergeleken. Dit waren: (1) gedragstherapie gevolgd door cognitieve therapie, (2) cognitieve therapie gevolgd door gedragstherapie, (3) alleen cognitieve therapie en (4) een op de individuele patiënt afgestemde therapie. Alle behandelingen omvatten 16 therapiezittingen, voorafgegaan door vier informatie-inwinnende gesprekken. In totaal waren er 17 patiënten (20%) die de behandeling niet afmaakten.

Het bleek dat er in het algemeen weinig verschillen tussen de condities waren aan het eind van de behandelingsperiode. Het enige significante verschil had betrekking op het algehele klachtenniveau. Behandelingsconditie (1) gedragstherapie gevolgd door cognitieve therapie en behandelingsconditie (3) alleen cognitieve therapie leidden tot de grootste afname van klachten.

Specifieke veranderingen werden nauwelijks geconstateerd. Op de tussenmeting bij het eerste deelonderzoek leidde een gedragsmatige aanpak tot significante toename van het niveau van plezierige gebeurtenissen en had een cognitieve behandeling geen significante toename hiervan tot gevolg. Daarnaast resulteerde een cognitieve behandeling in een marginaal significante afname van cognitief dysfunctioneren, en was dit bij de gedragsmatige behandeling niet het geval. Echter, toetsing van de tussen-groepsverschillen leidde niet tot significante resultaten. Dit kwam enerzijds doordat de verschillen niet groot waren. Anderzijds was de statistische power door de kleine aantallen laag. Behandelingsconditie (4), op de individuele patiënt afgestemde therapie, bleek niet effectiever dan de protocolbehandelingen: (1) gedragstherapie gevolgd door cognitieve therapie, (2) cognitieve therapie gevolgd door gedragstherapie, (3) alleen cognitieve therapie.

De effectiviteit van de behandelingen op langere termijn (gemiddelde duur van de follow-up periode: 2,4 jaar) was matig. Het grootste deel

van de patiënten (61%) maakte na het afsluiten van de behandeling nog eens een depressieve episode mee van wie ongeveer de helft zou hebben voldaan aan de RDC voor een depressieve episode. Tweederde van de patiënten was op het moment van de follow-up qua toestand gelijk of verbeterd ten opzichte van het moment waarop de behandeling werd afgesloten.

In *hoofdstuk 5* werden de groepen patiënten van de experimentele behandelingscondities vergeleken met een controlegroep van patiënten die zich hadden aangemeld bij een polikliniek psychiatrie. Deze patiënten werden op dezelfde wijze geselecteerd als de patiënten van de experimentele behandelingscondities. Het bleek dat de patiënten uit de experimentele condities meer verbeterden dan de patiënten uit de controlegroep. Op een aantal andere - biografische - variabelen verschilden beide groepen nauwelijks van elkaar. Dit betekent dat de resultaten van het onderhavige onderzoek gegeneraliseerd mogen worden naar andere depressieve patiënten mits zij voldoen aan dezelfde criteria.

In *hoofdstuk 6* werden bij een gedeelte van de patiënten van de experimentele behandelingscondities ( $n=39$ ) in een exploratief onderzoek drie procesvariabelen onderzocht: (1) de mate van patiënt-betrokkenheid; (2) de kwaliteit van de therapeutische relatie zoals beoordeeld door de patiënt en (3) de kwaliteit van de therapeutische relatie zoals beoordeeld door de therapeut. Het bleek dat al in een zeer vroeg stadium van de therapie (rond de vijfde therapiezitting) de therapeutische relatie was gevestigd. Verder bleek dat de drie procesmaten nauwelijks met elkaar correleerden. Alleen tussen de patiënt- en therapeut-beoordeling van hun onderlinge relatie was er een positieve correlatie. Een multiple regressie om vanuit de drie procesvariabelen het resultaat van de therapie te voorspellen liet zien dat de onafhankelijke beoordeling van de mate van patiënt-betrokkenheid de belangrijkste voorspeller was. In totaal kon 32% van de uitkomst variantie door de procesvariabelen worden voorspeld.

In *hoofdstuk 7* werden de resultaten besproken en gerelateerd aan die van andere onderzoekers. Het gemiddelde verbeteringspercentage op de BDI voor de vier behandelingscondities tezamen genomen in dit onderzoek was 58,1. Dit is goed vergelijkbaar met wat onderzoekers elders vonden. De afwezigheid van specifieke effecten, wat overeenkomt met de resultaten van andere onderzoekers (zie bijvoorbeeld Murphy *et al.*, 1984) leidde tot de conclusie dat veranderingsprocessen zich kennelijk anders voltrekken dan in de mono-causale modellen van depressie verondersteld wordt. Waar mogelijk werden suggesties gedaan voor vervolgonderzoek. Met name onderzoek naar de interactie tussen de depressieve patiënt en personen in de omgeving van de patiënt (bijvoorbeeld de partner, maar ook de therapeut) lijkt van belang te zijn.